

---

## Archive et folie

Patricia Janody

---

**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/elh/477>

DOI : 10.4000/elh.477

ISSN : 2492-7457

**Éditeur**

CNRS Éditions

**Édition imprimée**

Date de publication : 10 octobre 2014

Pagination : 103-108

ISBN : 978-2-271-08208-4

ISSN : 1967-7499

**Référence électronique**

Patricia Janody, « Archive et folie », *Écrire l'histoire* [En ligne], 13-14 | 2014, mis en ligne le 10 octobre 2017, consulté le 23 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/elh/477> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/elh.477>

---

Tous droits réservés

# Archive et folie

---

Archive et folie se donneraient volontiers comme incompatibles. Il y va d'une certaine présentation de la folie comme d'un lieu vide, pour ainsi dire dépourvu de trace, presque pur. On ne s'étonnera pas de l'entendre dans le halo lyrique qui accompagne communément les évocations de la folie: les voix de la folie sont réputées tourbillonner, traverser les espaces et les corps, souffler sur les principes établis ou les idées par trop rebattues, puis se disperser et s'évanouir sans laisser de reste. Ces formulations appartiennent à tous et à personne, elles transigent par des conversations courantes, des journaux, des poèmes de circonstance... Si l'on veut bien mettre entre parenthèses tout jugement de vérité, la fonction de telles propositions apparaît assez aisément, comme un besoin d'amadouer les manifestations de la folie en les alignant avec des manifestations plus familières. Avec un degré de serrage supplémentaire, la psychiatrie peut s'instituer comme le prolongement du discours courant. Elle se voit alors attribuer le rôle d'enclorre le vide de la folie, que ce soit dans l'intention de protéger des personnes ainsi atteintes, et/ou de protéger une société supposément menacée par ces personnes. Version traditionnelle de la psychiatrie, certes non

univoque, mais qui se trouve extraordinairement renforcée par le discours gestionnaire actuellement dominant: agencements et listes de symptômes que l'acte thérapeutique est requis de rendre à leur vacuité; action thérapeutique elle-même engrammée en protocoles qui ne laissent pas d'autre trace qu'une case dé-cochée.

Il n'est pas inintéressant, à cet égard, de s'arrêter sur ce qu'il advient des dossiers en psychiatrie. Ces dossiers acquièrent poids et épaisseur au fil des ans, constitués de feuillets divers incluant compte rendus, ordonnances, factures, dessins, lettres..., des pages déchirées, gribouillées, recollées, agrafées... Les dossiers sont en principe soigneusement classés, ce qui n'empêche une tendance à disparaître aux moments inopportuns, par exemple avant une réunion de synthèse organisée autour d'un patient déclaré difficile, puis à réapparaître inopinément, quoique rarement à l'endroit attendu. Bref, la constitution et la circulation des dossiers prennent valeur de symptôme institutionnel, appelant, comme tout symptôme, une double lecture: depuis le contexte, lecture des traces que le symptôme inclut; depuis le symptôme, lecture du contexte qui l'inclut comme trace. Mais sans doute faut-il décrire au passé

cette fonction des dossiers, non pas que ceux-ci auraient définitivement disparu, mais parce qu'ils se voient, à l'occasion de leur informatisation, réduits à une mince tranche d'actualité. Il ne s'agit pas de rapporter cette réduction à une technique qui, aussi bien, pourrait pousser à questionner des modes alternatifs de dématérialisation / re-matérialisation. Or ce qui prévaut est nettement la tendance à appréhender la folie hors histoire, à la fois hors histoire du sujet et hors histoire de la psychiatrie, soit selon une ligne arbitraire d'actualité, où les pathologies du jour, comme les œufs du jour, sont à consommer sur-le-champ. Autant dire que le processus exclut la conjugaison au futur antérieur, soit un suspens quant à une signification actuelle au profit d'une attente éventuelle de «ce que cela aura été». Laure Murat le note en conclusion de *L'Homme qui se prenait pour Napoléon*<sup>1</sup>: dans les conditions actuelles de non-conservation des archives (registres et dossiers), aucun historien n'aura les moyens d'entreprendre sur notre siècle un travail analogue à celui qu'elle mène sur les premières périodes de la psychiatrie. Et son propos d'historienne, qui souligne les conséquences à venir de la négligence d'aujourd'hui, s'aggrave encore, dans une perspective clinique, des conséquences qui s'appliquent dès aujourd'hui de la réduction temporelle du symptôme. On ne peut que souligner ce point: le discours gestionnaire ne vise pas seulement à domestiquer les manifestations de la folie, mais bien à en détruire les traces éventuelles, dans une mise en acte répétitive de sa passion du zéro.

Sans doute attendrait-on de la pratique clinique qu'elle infirme, ou confirme, les discours qui pointent le lieu vide de la

folie. Il s'avère toutefois que le clinicien n'est guère en position de se prononcer *sur* la folie, puisqu'il se trouve chaque fois déjà croché par ses manifestations. Je souhaiterais faire part d'une expérience à cet égard, survenue à l'occasion d'une visite du service de psychiatrie de Nouakchott, et qui s'est nouée d'emblée à la question de l'archive. Les circonstances de mon séjour en Mauritanie étaient les suivantes: j'avais été contactée par une fratrie devant la situation de réclusion de leur frère déclaré fou; celui-ci avait été suivi quelque temps en psychiatrie, vingt-cinq ans auparavant, avait également bénéficié des traitements traditionnels, puis la seule solution apparue tenable, devant les manifestations persistantes de sa psychose, avait été la réclusion dans une pièce de la maison familiale. Ce frère n'était pas maltraité, ses proches se relayant pour lui procurer nourriture et hygiène correctes – mais enfin, il était enfermé jour et nuit. Quoique loin d'être exceptionnel, à la façon d'un pis-aller, ce mode d'enfermement familial n'en était pas moins devenu insupportable pour les frères et sœurs, qui, de leur côté, apparaissaient capables de construire leur vie dans le sens progressif du temps. M'arrêtant à Nouakchott avant de prendre la route vers la région du sud où cette famille résidait, j'avais été conviée à visiter le service de psychiatrie. J'avais été captivée par ce que montrait et racontait l'infirmier qui me guidait, l'histoire ramassée sur une trentaine d'années d'un service de psychiatrie délié de l'histoire occidentale, où la psychiatrie n'est pas censée être l'unique voie de traitement de la folie, mais coexiste avec d'autres modes de soins. J'étais frappée par la qualité et la précision du travail effectué dans le

service, perceptible dans la façon dont mon guide me présentait l'évolution clinique de tel ou tel, et laissait ensuite le patient compléter ou rectifier lui-même à sa guise ces paroles de présentation. Mon guide a conclu la visite par son propre bureau, qui était également la salle des archives. Les minces dossiers à couverture rose qui s'alignaient sur les étagères représentaient la totalité des archives depuis l'ouverture du service. J'ai aussitôt été saisie par cette visibilité, cette exposition des dossiers dans un lieu de passage et de travail. Exposés, pour ainsi dire, sans méfiance. J'ai tenté de rendre compte de mon émotion par la comparaison avec ce qui se produit dans les hôpitaux qui me sont familiers, où les archives sont non seulement soustraites au regard, mais en voie de disparition. Sans doute ai-je tenté d'articuler quelque idée autour de la prise en compte des archives dans le travail clinique, et ce que cela indique d'une appréhension non close de la temporalité psychique. L'explication que je pouvais fournir n'épuisait pas pour autant mon émotion, si bien que j'ai demandé, en quelque sorte à ma propre surprise, l'autorisation de prendre un cliché du mur d'archives – alors même que je n'avais pas éprouvé jusqu'alors le besoin de fixer en image le bâti de ce service remarquable. Pourquoi une photo? Peut-être en vue de capter un matériau plus que fragile, une survivance presque déjà disparue. Et puis, surtout, une façon de prolonger la résonance de cette découverte inattendue – qui allait faire retour dans la suite de mon séjour en Mauritanie, alors même que je croirais l'avoir oubliée.

Je ne détaillerai pas ici le travail clinique à proprement parler, dont le déroulement a pris la forme de longues

séances collectives, faisant circuler tant des éléments de l'histoire familiale que des éléments de l'histoire plus personnelle du frère enfermé, et tissant cela avec les ponctuations de la grande histoire, les retournements tragiques et parfois sanglants avec lesquels s'est constituée la nation mauritanienne. Le mode de présence du frère, qui n'était déjà plus l'enfermé, se modifiait à mesure des séances: tout d'abord, il tournait le dos, ensuite il s'approchait, et finalement s'asseyait, partageait le thé, acceptant même de saluer de la main les membres de la famille élargie qui passaient redécouvrir cet homme sur lequel le temps s'était arrêté si longtemps. Ces journées très denses aboutissent à l'élaboration conjointe de limites n'impliquant plus la réclusion. Puis, comme pour conclure mon séjour, mes hôtes m'emmènent visiter la région. Un événement supplémentaire survient à l'approche du fleuve Sénégal, alors même qu'on croyait close la séquence clinique. Outre la magnificence des paysages, nouvelle pour moi et familière pour eux, tout se passe comme si mes hôtes découvraient seulement une autre dimension de l'environnement, celle des ruines: ruines des abattoirs, ruines de la centrale d'irrigation, ruines des anciennes douanes..., soit des infrastructures datant de l'époque coloniale et de la première décennie postcoloniale. Ruines de l'histoire qui leur sautent soudain aux yeux – qui leur étaient donc devenues collectivement invisibles. À tous? Il semble bien qu'un, au moins, en gardait trace: le frère fou, dont on peut dire qu'il en concentrait la visibilité. Il portait la ruine en lui-même, réduisant en loques ses vêtements, souillant chaque jour la pièce où il était reclus. Or ce point concret de la ruine

était apparu lors des séances de travail commun, via le dégagement d'une coïncidence entre la période du déclenchement délirant et celle de la ruine des espérances familiales, du fait des événements politiques qui ostracisent l'ethnie soninké à laquelle ils appartiennent. Il en est résulté l'imposition de l'arabe comme langue officielle, d'une part, et, d'autre part, une guerre sur la frontière avec le Sénégal, avec les persécutions qui se sont ensuivies. Personne ne peut dire, pour autant, en quels points précis des nœuds familiaux et historiques est venu se loger l'appel d'un délire, et tel n'est d'ailleurs pas l'objet d'un travail clinique. Il ne s'agit pas de résoudre la question, mais de la construire, et si possible à plusieurs. Il ne s'agit pas non plus de vouloir guérir la psychose (encore que la psychose ne soit pas inguérissable), mais d'en ouvrir les dimensions les plus mortifères, de laisser circuler tant soit peu les folies de l'histoire et les folies individuelles/familiales.

Ainsi les ruines constitutives de l'environnement re-deviennent-elles visibles aux yeux de la famille quand son membre le plus fou cesse d'incarner le tout de la ruine. En contrepoint de cette transition m'est alors revenue ma visite du service de Nouakchott et mon attitude devant les étagères de dossiers archivés. Voici à peu près comment j'ai pu reconstituer cette étape, qui pourrait se qualifier d'incubation clinique : le point sur lequel j'avais été sollicitée, celui d'un enfermement familial, n'était pas encore séparé de ses résonances en moi, dont je suivais sans doute le fil jusqu'à un certain point, mais qui outrepassaient inévitablement ce que je pouvais en ramasser en termes de traces de mémoire et associations ; tout cela s'est ramassé dans ma vision

inopinée, surgissant de manière quasi hallucinatoire. Quasi hallucinatoire, parce que l'image s'est imposée, celle de la présence surprenante de dossiers classés dans un lieu de consultation, bousculant par là les partages habituels des territoires, et venant comme un précipité à la limite de mes propres chemins de mémoire. La vision d'archive, à ce moment-là, tombe dans mon espace propre. À l'issue du travail clinique, toutefois, cette impression globale se dés-homogénéise, se fragmente en plusieurs registres.

Que s'est-il passé ? Ce que l'on nomme, depuis Freud, un processus de transfert, c'est-à-dire un changement de support de la question initiale. Le processus s'installe dès lors qu'un clinicien se fait lieu d'adresse pour la question indistincte, et se laisse traverser, avec son patient, par ses attendus. S'ensuit un complexe travail de réinscription, dont on n'a pas détaillé ici les méandres, mais seulement évoqué les effets. La question de l'enfermement, telle qu'elle était posée d'entrée de jeu, mobilisant une notion globale de frontière, s'est en somme déplacée vers la question de la ruine, plus distinctement formulée. Et la reformulation relève aussitôt de plus d'un lieu : non seulement une version « intériorisée », mais une part « externe » qui en témoigne. Ainsi le patient se voit-il dégagé d'être le suppôt intégral de la question, qui se remet à circuler aussi depuis les ruines environnantes, charge à chacun de s'en approprier quelques parcelles. La transformation vaut pour le patient, et elle vaut pour le clinicien – en l'occurrence moi-même. Ma vision unitaire du mur d'archive se trouve entamée par mon implication dans le parcours transférentiel. Il en résulte un changement de

statut du dossier, qui n'apparaît plus comme surgissant depuis un passé fixé, répondant d'un fonds de mémoire supposé (peu importe, à cet égard, qu'un tel fonds soit attribué au patient ou au clinicien), mais redevient un espace commun, recueillant en plusieurs étapes l'histoire du symptôme, en tant que cette histoire prend à partie plus d'un individu. Le dossier, peut-on dire alors, se fait en droit archive, susceptible de se conjuguer, d'inscrire des traces de ce que les symptômes seront devenus.

Il est difficile de rendre compte d'un parcours clinique, qui déborde immanquablement les repères qu'on s'en donne, de son amorce, qui a généralement lieu avant ce qu'on peut en saisir, à sa terminaison, qui rebondit le plus souvent au-delà de ce qu'on croit. Plus aiguë encore est la difficulté quand il s'agit de travailler avec des patients dont la psychose semble avoir détruit ou absorbé toute trace, suscitant un transfert illimité. Phénomène récurrent, insistant, qui ne va pas sans le risque de quelque dérive. Aussi bien, c'est par cette dérive même de l'espace transférentiel que viennent à se percuter certains éléments, certains événements, passés et cependant non passés. Il s'ensuit une sorte de dé-cadrage, puis re-cadrage, des lieux psychiques et matériels. Selon l'exemple ici proposé, la ruine muette, incarcérée en un seul, en arrive à réclamer que se nomment, à plusieurs voix, les ruines de l'histoire. Discrète transformation de la ruine en archive, qui s'effectue selon les petits pas de la clinique.

Un parcours clinique tend donc à déboucher sur son dehors, selon ce qui s'y rencontre en guise d'inscription des traces et/ou de matérialité des archives. Qu'en résulte-t-il quant au champ cli-

nique, relève-t-il de sa spécificité de continuer à travailler autour de l'archive, ou bien cette spécificité s'arrête-t-elle là où prennent le relais les disciplines qui y ont trait ? Prenons l'exemple des thèses de Michel Foucault, qui ont sans doute marqué autant les cliniciens que les philosophes ou les historiens. Depuis sa propre pratique de l'archive, Foucault définit la folie comme un lieu vide, soit comme étrangeté radicale au domaine de l'archive. Il module certes sa première approche de la folie comme « absence d'œuvre<sup>2</sup> », ré-élaborant cette idée dans une acception plus précisément référée à la parole et la langue. Il pose alors ce lieu comme déterminé par une autoréférence vide de la langue à elle-même, un pli muet de la langue. Soit, à rebours d'un discours psychiatrique normatif, qui vide la folie pour mieux la faire taire, il avance une pensée du lieu vide qui en explore la valeur irruptive, demandant notamment en quoi la folie *ouvre* la langue là où elle *n'œuvre* pas. Il reste que Foucault réfère sa définition de la folie dans notre culture à l'absence de trace enregistrable, ou, à la limite, à du texte soulignant l'absence de trace, « une sorte de vide central, ce vide fondamental où la pensée se manque à elle-même, ronge sa propre subsistance, s'effondre sur elle-même<sup>3</sup> ». La thèse est puissante, adossée à la thématique de l'archive absente – renvoyant donc à la question afférente d'une archive spéciale, propre à la folie, qui serait à la fois attendue et manquante, barrée. Dans une perspective clinique, toutefois, la question se déplace. Le fou ne s'y aborde pas comme celui qui serait indemne de la fonction d'archive – et l'étymologie *archè* prend ici tout son poids – mais bien plutôt comme celui qui en est trop proche, comme celui qui

y est pris, qui la supporte littéralement. Et quand un parcours clinique permet d'en dégager quelque peu le sujet psychotique, c'est dans l'espace commun qu'apparaît faire retour la dimension d'archive, et non sous une catégorie spéciale.

Si bien que la spécificité d'une perspective clinique revient à ce paradoxe de se démettre de sa spécificité, en sorte que l'archive à laquelle elle touche soit prise en compte par les disciplines qui en traitent thématiquement. Difficulté, donc, de tracer une ligne simple et univoque qui indiquerait la limite de l'espace clinique. Difficulté encore aggravée si l'on considère que le clinicien, en tant qu'il participe lui-même du parcours, du devenir archive, n'est pas précisément en position d'en juger. Et sans doute cette limite tend-elle à se concrétiser plutôt sous la forme d'un symptôme que sous la forme d'un tracé univoque, symptôme du clinicien qui à la fois pousse et retient le passage d'une pré-archivation inchoatique, *in vivo*, vers un traitement

raisonné de l'archive. Par emprunt à Jacques Derrida<sup>4</sup>, on pourrait nommer «mal d'archive» un tel symptôme. Charge au clinicien de mettre en œuvre son «mal d'archive» hors de ce qu'il imagine éventuellement en contrôler... Il est utile à cet égard de noter que, parallèlement à la tendance destructive qui prévaut en psychiatrie, se créent d'autres lieux, hétérogènes, incluant des cliniciens dont la pratique implique de franchir les restrictions du discours psychiatrique, incluant également des patients, des artistes<sup>5</sup>... De telles propositions, issues de la psychiatrie pour la contester et la déborder, ponctuent de fait l'histoire de la psychiatrie<sup>6</sup>. Peut-être vaut-il aussi de remarquer que ces lieux actuels, qui se proposent comme adresse pour des expressions de la folie, et donc s'engagent dans un recueil de productions diverses, écrites, imagées et orales, se trouvent par là même travailler à relier au fonds commun ce qu'il en serait d'une fonction d'archive de la folie. À suivre.

## Notes

1 Laure MURAT, *L'Homme qui se prenait pour Napoléon*, Gallimard, 2011.

2 Michel FOUCAULT, *Folie et Dérison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961.

3 Transcription de l'émission radiophonique «L'usage de la parole», 1963, dans Michel FOUCAULT, *Le Beau Danger. Entretien avec Claude Bonnefoy*, éd. établie et présentée par Philippe Artières, EHESS (Audiographie), 2011.

4 Jacques DERRIDA, *Mal d'archive*, Galilée, 1995.

5 Citons notamment: les rencontres «Encore heureux», <[www.lafonderie.fr](http://www.lafonderie.fr)>; *Nouveaux cahiers pour la folie*, <[www.champsocial.com/catalogue-nouveaux\\_cahiers\\_pour\\_la\\_folie,35.html](http://www.champsocial.com/catalogue-nouveaux_cahiers_pour_la_folie,35.html)>; *Utopsy*, <[utopsy.over-blog.fr](http://utopsy.over-blog.fr)>; cons. 21 avr. 2014.

6 Olivier APRILL, *Une avant-garde psychiatrique. Le moment GTPSI (1960-1966)*, Epel, 2013.